



Universidade da Beira Interior

Ciências da Saúde

**A Síndrome de Burnout em cuidadores formais
(auxiliares de ação direta) de idosos
institucionalizados**

Ana Rita Cruz Barros de Almeida

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em
Gerontologia
(2º Ciclo de Estudos)

Orientadora: Professora Doutora Márcia Kirzner

Covilhã, Outubro 2013

“Cuidar exige tensão emocional constante, atenção permanente; grandes responsabilidades espreitam o profissional a cada gesto no trabalho.”

Maslach, 2003

Agradecimentos

Gostaria de apresentar os meus mais sinceros agradecimentos a todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho, nomeadamente:

À minha orientadora desta dissertação de mestrado, Professora Doutora Márcia Kirzner, por toda a compreensão, orientação, disponibilidade e paciência demonstrados ao longo da realização deste trabalho.

Aos cuidadores formais dos Lares de Idosos do concelho de Castelo Branco, pela colaboração no preenchimento do instrumento de colheita de dados.

Às Direções dos Lares de Idosos do concelho de Castelo Branco, pela autorização para a colheita de dados aos cuidadores formais das respetivas instituições.

Por fim gostaria de agradecer a todos os meus familiares e amigos pelo apoio.

A todos vós o meu sincero bem-haja!

Resumo

A Síndrome de Burnout tem vindo a ser definida como uma das consequências mais marcantes do stress profissional, e caracteriza-se pela exaustão emocional, sobretudo em profissões com elevados níveis de contato interpessoal. Como tal, torna-se pertinente estudar a Síndrome de Burnout em cuidadores formais de idosos institucionalizados, uma vez que são considerados um grupo de risco.

Foi realizado um estudo descritivo observacional e transversal. O instrumento aplicado foi o CBI (Copenhagen Burnout Inventário), aplicado a cem cuidadores formais trabalhadores em Lares de idosos no concelho de Castelo Branco.

No que diz respeito às três dimensões avaliadas no CBI, relativamente ao *burnout pessoal* 74,5% apresentaram baixos níveis de *burnout* e 25,5% elevados níveis. Em relação ao *burnout* relacionado com o trabalho, 77,1% expõem níveis baixos de *burnout* e 22,9% apresentam níveis elevados. Quanto ao *burnout* relacionado com o cliente 93,4% exibem baixos níveis e 6,6% mostram altos níveis de *burnout*.

Concluiu-se que os cuidadores formais de idosos institucionalizados apresentaram baixos níveis de burnout em todas as dimensões estudadas (cliente, pessoal e trabalho).

Palavras-Chave: Cuidadores Formais, Síndrome de Burnout e Idosos institucionalizados.

Abstract

The Burnout Syndrome has been defined as one of the most striking consequences of work-related stress, and characterized by emotional exhaustion, especially in professions with high levels of interpersonal contact. As such, it is pertinent to study the Burnout Syndrome in formal caregivers of institutionalized elderly, since they are considered a risk group.

We conducted a descriptive, observational and transversal study. The instrument used was the CBI (Copenhagen Burnout Inventory), applied to formal caregivers hundred workers in nursing homes in the county of Castelo Branco.

With respect to the three dimensions measured in the CBI relating to personal burnout 74.5% showed low levels of burnout and 25.5 % high levels. In relation to work-related burnout, 77.1 % exhibit low levels of burnout and 22.9 % had high level. As for burnout related to the customer 93.4 % exhibit low levels and 6.6 % showed high levels of burnout.

It was concluded that formal caregivers of institutionalized elderly had low levels of burnout in all studied dimensions (customer, personnel and labor).

Keywords: Formal Caregiver, Burnout Syndrome and Elderly institutionalized.

Índice

Introdução.....	10
Capítulo I: Enquadramento teórico.....	11
1. A Síndrome de Burnout.....	11
1.1. Definição de <i>burnout</i>	11
1.2. Fatores desencadeadores de <i>burnout</i>	12
1.3. Sinais e sintomas de <i>burnout</i>	14
1.4. Prevenção e tratamento.....	16
1.5. Modelos de <i>burnout</i>	16
2. O Envelhecimento e o Cuidar.....	20
3. Os cuidadores formais de idosos.....	23
Capítulo II: METODOLOGIA.....	25
1. Tipo de estudo.....	25
2. Local do estudo.....	25
3. Participantes.....	25
3.1 População alvo.....	25
3.2 Tipo de amostragem.....	25
3.3. Critérios de Inclusão.....	25
3.4 Critérios de exclusão.....	25
3.5 Amostragem.....	25
3.6 Caracterização da amostra.....	26
4. Variáveis analisadas.....	28
5. Instrumentos e recolha de dados.....	28
5.1. Caracterização da escala CBI.....	29
6. Tratamento de dados.....	29
7. Considerações éticas.....	29
Capítulo III: Resultados.....	30
1. <i>Burnout</i> pessoal.....	31
2. <i>Burnout</i> relacionado com o trabalho.....	32
3. <i>Burnout</i> relacionado com o cliente.....	33
Capítulo IV: Discussão dos resultados e Conclusões.....	34

Anexos

Anexo I - Amostra

Anexo II - Instrumento de colheita de dados

Anexo III - Pedido de autorização de colheita de dados

Anexo IV - Tabelas de frequência

Lista de Quadros

Quadro 1 - Distribuição percentual dos auxiliares de ação direta (n= 100) que trabalham em lares de idosos, por níveis de burnout, em Castelo Branco, 2013.	30
Quadro 2 - Distribuição percentual dos auxiliares de ação direta (n= 100) que trabalham em lares de idosos, por características sociodemográficas, relativamente aos níveis de burnout pessoal, em Castelo Branco, 2013.....	31
Quadro 3 - Distribuição percentual dos auxiliares de ação direta (n= 100) que trabalham em lares de idosos, por características sociodemográficas, relativamente aos níveis de burnout relacionado com o trabalho, em Castelo Branco, 2013.	32
Quadro 4 - Distribuição percentual dos auxiliares de ação direta (n= 100) que trabalham em lares de idosos, por características sociodemográficas, relativamente aos níveis de burnout relacionado com o cliente, em Castelo Branco, 2013.	33

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos auxiliares de ação direta (n= 100) que trabalham em lares de idosos, por faixa etária, em Castelo Branco, 2013.....	26
Gráfico 2 - Distribuição percentual dos auxiliares de ação direta (n= 100) que trabalham em lares de idosos, por anos de profissão, em Castelo Branco, 2013.	26
Gráfico 3 - Distribuição percentual dos auxiliares de ação direta (n= 100) que trabalham em lares de idosos, por habilitações escolares, em Castelo Branco, 2013.....	27
Gráfico 4 - Distribuição percentual dos auxiliares de ação direta (n= 100) que trabalham em lares de idosos, por estado civil, em Castelo Branco, 2013.....	27

Lista de acrónimos

CBI - Inventário de Burnout de Copenhagen

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD - International Classification of Diseases

PARES - Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais

dp - Desvio padrão

Spss - Statistical Package for the Social Sciences

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenómeno global, e que foi inclusive apelidado de “revolução demográfica” tendo em consideração as profundas consequências que o crescente número de idosos representa quando associada à redução nas taxas de natalidade (Lima, 2006).

Uma das consequências evidentes é em termos de saúde, pela enorme prevalência de doenças crónicas e degenerativas nesta faixa populacional, o que acarreta a necessidade de cuidados formais/informais, que podem assumir um cariz stressante sobretudo naqueles cuja ocupação é precisamente cuidar dos mais idosos.

No que respeita aos cuidadores formais, constituindo-se o trabalho como parte integrante da vida do Homem, assume-se como essencial na satisfação das suas necessidades, e na sua realização pessoal; que ocupa de sobremaneira o seu tempo, e que pode ter um sabor agri-doce, de misto de alegria e de stress.

Não obstante o stress possa surgir a partir de situações vulgares do quotidiano, é cada vez mais aceite a ideia de que o *stress* tende a ser mais significativo quando associado ao trabalho. Isto é tanto mais compreensível quando reflectirmos sobre o paradigma moderno, o qual se define pela eficiência, eficácia e produtividade e sua relação custo/benefício.

Efectivamente, cada vez mais se impõem desafios no mundo do trabalho, quer em termos de vínculo (contratos a tempo parcial ou de curto prazo), quer em termos de exigência tecnológica, com impulsos rápidos e fortes, em favor da eficiência e aumento da competitividade. Isto coloca os trabalhadores sob constante pressão, sendo que se impõe a reflexão sobre a problemática do stress ocupacional e das políticas e práticas adequadas que podem ser desenvolvidas para colmatar estas preocupações.

Constituindo o stress uma experiência vital que pode ser positiva até determinado nível, e impulsionadora no atingir de objectivos, o stress profissional excessivo, designadamente sob a forma de Síndrome de Burnout afecta negativamente a saúde física e psicológica dos indivíduos, e, invariavelmente, o seu desempenho.

Propõe-se assim, no presente trabalho, estudar a Síndrome de Burnout em cuidadores formais que trabalhem com idosos institucionalizados em lares, tendo como objetivos específicos:

- a) Determinar a prevalência da Síndrome de Burnout por sexo, idade, habilitações literárias, idade profissional e estado civil.
- b) Determinar os níveis de *burnout*.

Capítulo I: Enquadramento teórico

1. A Síndrome de Burnout

1.1. Definição de *burnout*

Foi em 1974/75, que Herbert Freudenbergr observou que muitos dos voluntários com quem trabalhava em unidades de saúde apresentavam uma perda gradual das emoções, da motivação e do empenhamento acompanhado de sintomas físicos e mentais, denotando um estado de exaustão. Tratava-se segundo Freudenbergr, de gente idealista, que acabava cansada, desesperada, e que no final necessitavam de mais ajuda do que aqueles a que cuidavam; tendo designado este particular estado mental de exaustão emocional (Queirós, 2005).

Quando se pensa em *burnout* vem à memória: em chama, em brasa, assim sendo a Síndrome de Burnout é uma resposta a um estado emocional crónico, é a tensão emocional crónica, vivenciada pelos profissionais cujo trabalho compreende o relacionamento intenso e frequente com pessoas que necessitam de algum tipo de cuidado o que retira a energia do profissional, que virá ser necessária para momentos de crise, de frustrações, de compreensão e compaixão. Esta síndrome é uma patologia geográfica e culturalmente ampla - transcultural, que emerge em diversos países e culturas (Maslach, 2003). É uma síndrome multidimensional que segundo a história já remonta desde o Primeiro testamento, mas só na altura de Freudenbergr no artigo "Staff Burnout" é que foi mencionado. Hoje em dia não é uma doença reconhecida pela DSM-IV, é reconhecida pela APA no ICD-10 como "Problemas relacionados com a vida"- "Exaustão Vital" (Böhner-Köhler, 2012).

Landeiro (2011) descreve a Síndrome de Burnout como:

"... um estado de esgotamento, traduzido por fadiga física e mental, caracterizado por um conjunto de estratégias adotadas pelos indivíduos - como afastamento e desumanização - alternando o seu comportamento no local de trabalho."

Segundo Queirós (2005) *burnout* é uma designação que pode ser traduzida por falha, "desgaste por fora", queimado por fora, exaustão por gastos excessivos de energia, força ou recursos, ou como estoíro.

Para Delbrouck (2006) o conceito de exaustão emocional foi descrito como um estado de fadiga ou frustração. Uma doença frequente, nos dias de hoje, em todos os profissionais, é a relação direta entre o emprego e o estado de fadiga do trabalhador. Deste modo, a entidade empregadora deve sentir-se responsável, como tal deve criar estímulos positivos para os seus trabalhadores, como metas atingíveis e congratula-los pelos resultados.

As três dimensões que caracterizam a Síndrome de Burnout são: Exaustão Emocional, Despersonalização e Sentimento de Incompetência (Carlotto & Câmara, 2007; Demeneck e Kurowski, 2010; Tecedero, 2010; Delbrouck, 2006).

Refletindo sobre cada uma das dimensões:

a) exaustão emocional caracteriza-se por uma falta ou carência de energia e um sentimento de esgotamento emocional, e que segundo Delbrouck (2006), é a dimensão mais prevalente.

b) despersonalização ocorre quando o profissional passa a tratar os utentes, os colegas e a organização de uma forma distante e impessoal (Dias, Queirós & Carlotto, 2010).

c) sentimento de incompetência está relacionado com a tendência do trabalhador se avaliar de uma forma negativa, sentindo-se insatisfeito com o seu desenvolvimento profissional (Dias, Queirós & Carlotto, 2010).

Segundo Maslach (2003) existe uma nova denominação das dimensões do *burnout*, a primeira é exaustão caracterizada pelo stress individual, posteriormente o cinismo, ou seja reações negativas sentidas pela pessoa e por fim a ineficácia, descrita como a evolução negativa da vida profissional.

1.2. Fatores desencadeadores de *burnout*

De acordo com Zanelli, Borges- Andrade, Bastos (2007, cit. por Maslach, Shaufelli e Luter, 2001), no local de trabalho, são relacionados os seguintes aspetos suscetíveis de provocar stress: sobrecarga de trabalho; orientação e hierarquização a que se está sujeito; isolamento social; objetivos da instituição; autonomia; tipo de liderança e supervisão; estimulação; contacto com os utentes.

Para o mesmo autor, e no que se refere ao indivíduo, são de referir: o suporte social que recebe fora do serviço e a carreira profissional. O stress causado pela conjugação de elementos stressantes resulta em: problemas com utentes; burocracia; falta de incentivos; dúvidas sobre a competência; falta de participação no grupo (Queirós, 2005).

Dos fatores extrínsecos ao trabalho causadores de stress com repercussão neste parecem ser dos mais importantes, os fatores ligados à família (Queirós, 2005).

Maslach e Leiter (1997 cit. por Queirós, 2005) identificaram seis fontes de *burnout* responsáveis pela erosão do envolvimento:

- Carga excessiva no trabalho (trabalho mais intensivo, mais complexo, exige mais tempo, cria exaustão emocional criativa e física);
- Falta de controlo;
- Baixos salários;
- Falha na equidade e justiça;
- Fadiga;
- Fragmentação das relações interpessoais, trabalha-se isoladamente;
- Conflito de valores.

De acordo com Maslach, Shaufelli e Luter (2001 cit. por Zanelli, Borges- Andrade, Bastos, 2007), o *burnout* é uma experiência individual específica dos contextos de trabalho, e existem fatores situacionais, que permitem saber onde ocorre o *burnout* e quem o experiencia, entre os quais:

- As características do trabalho;
- As características da ocupação;
- As características organizacionais.

Também existem fatores individuais que convergem para esta situação:

- Características demográficas como a idade, sexo, estado civil;
- Características da personalidade;
- Atitudes para com o trabalho.

Deminco (2011) dividiu os stressores presentes no ambiente de trabalho em seis grupos:

- Fatores intrínsecos do trabalho: condições inadequadas de trabalho, turnos de trabalho, carga horária de trabalho, contribuições no pagamento, viagens, riscos, nova tecnologia, e quantidade de trabalho;
- Papeis stressores: papel ambíguo, papel conflituoso, grau de responsabilidade para com pessoas e coisas;
- Relações no trabalho: relações difíceis com o chefe, colegas, subordinados, clientes diretamente ou indiretamente associados;
- Stressores na carreira: falta de desenvolvimento na carreira, insegurança no trabalho devido a reorganizações ou declínio da indústria;
- Estrutura organizacional: estilos de liderança, falta de participação, pobre comunicação;
- Interface trabalho-casa: dificuldade em manejar esta interface (Delbrouck, 2006).

Alvarez et al. (1993 cit. por Queirós, 2005), sintetiza os fatores ligados ao trabalho, no concreto “variáveis do posto de trabalho e da organização” em intrínsecas ou motivacionais e em extrínsecas. As primeiras são inerentes ao conteúdo de trabalho e poderão considerar-se neste grupo:

- A autonomia profissional: parece que o *burnout* decresce à medida que aumenta a capacidade de decisão ou seja que as pessoas sobem na hierarquia funcional;
- A diversidade de tarefas: nomeadamente a sobrecarga de tarefas burocráticas, ou outras que no entender dos profissionais seriam da competência de outros;
- O volume de trabalho, relacionado com a quantidade de trabalho;
- O reconhecimento social do trabalho: para Gmalch 1987 a falta de reforços vindos do reconhecimento social da profissão aparece significativamente associado à Síndrome de Burnout;
- Na promoção e desenvolvimento pessoal: os aspetos de carreira e de acesso profissional e as condições que o permitem, nomeadamente a formação contínua ou permanente.

Quanto às variáveis extrínsecas, podem ser agrupadas em três dimensões:

- A dimensão física onde inclui todas as condições inerentes ao ambiente físico onde se desenvolve as atividades laborais, a saber; ruído, humidade, luminosidade, temperatura, funcionalidade dos espaços e arquitetura;

- A dimensão social engloba a rede de relações do profissional, nomeadamente com os utentes, colegas, chefes ou supervisores. Em conjunto com as variáveis intrínsecas, esta parece ser bastante importante para o desgaste laboral;
- A dimensão organizacional refere-se ao tempo gasto em trâmites burocráticos, à dimensão e estrutura hierárquica da empresa e às ordens implícitas ou explícitas patentes em normas e regulamentos (Queirós, 2005).

Segundo Vaz-Serra (1989, cit. por Queirós, 2005), são os indivíduos de personalidade tipo A, os mais predispostos ao stress. São normalmente indivíduos bastante ativos, sempre com sentido de urgência no tempo, não tolerantes perante a lentidão, altamente competitivos, com estabelecimento de objetivos pouco realistas, ousados e incapazes de descansar.

Pines et al. (1981, cit. por Queirós, 2005) também concluíram que estratégias de coping negativas, tais como o confronto com o problema, estavam associadas a baixos níveis de *burnout*, enquanto estratégias de coping passivas, tais como o evitamento, se associam a altos níveis de *burnout*.

No que se refere ao Locus de controlo, se tiver um bom locus de controlo interno associa-se a baixo *burnout*, e se for externo associa-se a níveis mais elevados.

Em termos de atitudes para com o trabalho, são os indivíduos com grandes expectativas organizacionais e que aspiram objetivos bastante discrepantes da realidade, os que tendem a apresentar níveis elevados de *burnout*, com maiores níveis de exaustão e de cinismo quando constatarem que os esforços investidos não resultam em resultados esperados (Queirós, 2005).

A sobrecarga de trabalho e de pressão parece ter uma forte ligação ao *burnout*, especialmente na sua dimensão exaustão, enquanto a ambiguidade de tarefas e o conflito de tarefas com níveis moderados de correlação com *burnout*. Para além disso, o suporte no trabalho, designadamente pelos supervisores, a informação, o controlo, e a autonomia relacionam-se bem com as três dimensões de *burnout* (Queirós, 2005).

1.3. Sinais e sintomas de *burnout*

Segundo Deminco (2011), o quadro clínico da Síndrome de Burnout apresenta os seguintes aspetos:

- Esgotamento emocional, com diminuição e perda de recursos emocionais;
- Despersonalização ou desumanização, que consiste no desenvolvimento de atitudes negativas, de insensibilidade ou de cinismo para com outras pessoas no trabalho ou no serviço prestado;
- Sintomas físicos de stress, tais como cansaço, mal-estar geral, fadiga crónica, úlceras digestivas, dores de cabeça, perda de peso, etc.;
- Manifestações emocionais do tipo: falta de realização pessoal, tendências a avaliar o próprio trabalho de forma negativa, vivências de insuficiência profissional, sentimentos de vazio, esgotamento, fracasso, impotência, baixa autoestima;

- É frequente irritabilidade, inquietude, dificuldade para a concentração, baixa tolerância à frustração, comportamentos paranoides e/ou agressivos para com os clientes, companheiros e para com a própria família;
- Manifestações comportamentais: probabilidade de condutas aditivas: consumo aumentado de café, álcool, fármacos e drogas ilegais, absentismo, baixo rendimento pessoal, distanciamento afetivo dos clientes e companheiros como forma de proteção do ego, aborrecimento constante, atitude cínica, impaciência e irritabilidade, sentimento de onipotência, desorientação, incapacidade de concentração, sentimentos depressivos, frequentes conflitos interpessoais no ambiente de trabalho e dentro da própria família (Pereira, 2008).

Perante o quadro descrito acima poderia pensar-se em depressão, contudo, de acordo com Demeneck e Kurowski (2010):

“Enquanto o stress pode apresentar aspetos positivos ou negativos, o *burnout* tem sempre carácter negativo e está sempre relacionado com o mundo do trabalho. Relata-se também que *burnout* e depressão têm em comum a disforia e o desânimo, todavia, os depressivos possuem maior submissão a letargia e à prevalência dos sentimentos de culpa e derrota, enquanto nas pessoas com *burnout*, os sentimentos são de desapontamento e tristeza”

O *burnout* inicia-se por uma fase de entusiasmo, com hiperatividade e sentimentos positivos, segundo, a que se segue uma fase de estagnação caracterizada por fadiga intensa, queixas psicossomáticas e irritabilidade, que lentamente vai dando lugar a uma fase de frustração, culpabilidade e sentimento de desgaste, e termina numa fase de desmoralização, baixo autoconceito e moral afetando o desempenho (Delbrouck, 2006).

Maslach (2003) descreve o processo em três fases:

- 1ª Fase - perda da satisfação em termos sociais;
- 2ª Fase - rápida deterioração física e mental, alterações do sono, perda de energia, alterações no peso e indiferença;
- 3ª Fase - quebra física ou psicológica, podendo surgir ataques cardíacos, úlceras, doença mental.

No que concerne à sintomatologia, o *burnout* apresenta uma multiplicidade de sinais e sintomas, mas no concreto e no plano individual, isto não significa que as pessoas apresentem todos esses sintomas, mas habitualmente, apenas uma combinação de alguns (Filho e Burd, 2010).

Assim, para Filho e Burd (2010) os sintomas de *burnout* podem agrupar-se em quatro áreas: sintomas psicossomáticos (queixas de fadiga crónica, cefaleias e gastralgias, úlceras e perturbações gastrointestinais, perda de peso, hipertensão arterial, asma, dores musculares e nas mulheres perda de ciclos menstruais), comportamentais (absentismo laboral, aumento de comportamentos violentos, bem como comportamentos de alto risco, como seja, condução imprudente, atitudes suicidas, incapacidade para relaxar, dependência de substâncias, e conflitos matrimoniais e familiares), emocionais (distanciamento afetivo, a impaciência e a irritabilidade, o receio de chegar a ser uma

pessoa pouco estimada que pode degenerar em sentimentos paranoicos, dificuldades de concentração, decrescente capacidade de memorização, de raciocínios abstratos e de elaboração de juízos), e defensivos (negação das suas emoções, supressão consciente de informação, o desprendimento de sentimentos por coisas e situações, a atenção seletiva e intelectualizada como formas de evitar a experiência negativa).

1.4. Prevenção e tratamento

A meditação e o relaxamento podem trazer benefícios de grande importância à pessoa que sofre de distúrbios causados pelo stress no trabalho. Com um maior controlo da mente e um maior domínio sobre seu estado psíquico e sobre o convívio com os demais, a pessoa pode desligar-se dos assuntos do trabalho enquanto se exercita, mantendo a sua cabeça livre e distante de assuntos que não o agradam. Outra forma de tratamento dos sintomas relacionados ao stress e à Síndrome de Burnout é o uso de medicamento combinado a sessões de psicoterapia. As terapias espirituais e religiosas também ajudam o indivíduo a resenificar suas crenças negativas advindas do trabalho, substituindo-as por outras que lhe forneça um sentido e significado na vida (Demeneck e Kurowski, 2010).

1.5. Modelos de *burnout*

Existem vários modelos da Síndrome de Burnout que podem contribuir para uma melhor compreensão do quadro. De acordo com Queirós (2005) os modelos mais significativos são:

- Modelo de House e Wells (1978);
- Modelo do processo de *burnout* de Cherniss, (1980);
- Modelo progressivo de Edelwich e Brodsky (1980);
- Modelo de Meier (1983);
- Modelo de Golembiewski (1986, Golembiewski e Munzenrider, 1988);
- Modelo de fases de *burnout* de Leiter (1988, 1989);
- Modelo existencial de Pines (1993);
- Modelo bi-dimensional do *burnout* (Schaufeli e van Dierendonck, 1993);
- Modelo geral explicativo de *burnout* (Maslach; Jackson; Leiter, 1996);
- Modelo explicativo da exaustão no trabalho (Wisniewski e Gargiulo, 1997);
- Modelo de Gil-Monte, Peiró e Valcárcel (1998);
- Modelo de sistema interactivo de *burnout* (Marques-Teixeira, 2002).

Modelo de House e Wells (1978)

Este modelo identifica variáveis individuais e organizacionais que poderão estar relacionadas com o *burnout*, em que as suas três dimensões refletem as três categorias de stresse de sintomas principais:

- Fisiológicos, focando os sintomas físicos (exaustão física);
- Afetivo-cognitivos, focando as atitudes e os sentimentos (exaustão emocional e despersonalização);
- Comportamental, focando os comportamentos sintomáticos (despersonalização e diminuição da produtividade no trabalho);

De acordo com os autores House e Wells, (1978, cit.Oliveira, 2008) deste modelo o *burnout* instala-se em quatro fases:

1ª Fase - grau em que a situação é conducente ao stresse. Existem duas circunstâncias em que pode surgir o stresse: aptidão inadequada e discrepância entre o individuo e o meio de trabalho;

2ª Fase - stresse percecionado. Muitas pessoas não são vulneráveis ao stresse pelas circunstâncias descritas na primeira fase. Pessoas que se auto percecionam como calmas e sem stresse. A passagem da 1ª à 2ª fase depende, quer do passado e da personalidade individual como também de variáveis organizacionais;

3ª Fase - resposta ao stresse;

4ª Fase - resultados do stresse. O *burnout* enquanto experiência multifacetada do stresse emocional crónico está colocado nesta quarta fase;

Modelo do processo de *burnout* de Cherniss (1980)

Segundo este modelo o *burnout* é um processo, constituído por diferentes estados sucessivos que ocorrem no tempo e representa uma forma de adaptação ou coping às particulares causas de stresse, que interagem com os indivíduos, assim como as suas expectativas e exigências quando estes iniciam a atividade profissional (Almeida e Veiga-Branco, 2012).

Modelo de fases de *burnout* de Leiter (1988, 1989)

Segundo Leiter (1988) os trabalhadores experimentam exaustão emocional no decurso da exposição ao stresse no trabalho (sobretudo nas exigências relacionadas com o posto de trabalho) e enfrenta, esta situação despersonalizando a sua relação com os utentes e colegas de trabalho, como tentativa ineficaz para lidar com sentimentos de exaustão, surgidos no relacionamento interpessoal.

Modelo existencial de Pines (1993)

O modelo do *burnout* profissional de Pines (1993) tem como ponto de partida as expectativas, as quais podem ser de três tipos: de carácter universal, de natureza profissional específicos do grupo, e pessoais com grande idealismo e com base em imagens românticas do trabalho e das funções. Combinados estes três tipos de expectativas com a motivação e levam ao sucesso e à existência com

significado, o que por sua vez também reforça a motivação. Pelo contrário, se o caminho é percorrido num ambiente stressante, os objetivos e expectativas não são atingidos, ocorre o falhanço e surge o *burnout* e motivação sai enfraquecida (Castro e Zanelli, 2007).

Modelo bidimensional do *burnout* (Schaufeli e van Dierendonck, 1993)

Este modelo conceptualiza um constructo bidimensional com dois polos, exaustão emocional e atitudes negativas. A exaustão emocional relacionar-se-ia com queixas somáticas e tensão psicológica. As atitudes negativas, referem-se ao sentimento de despersonalização e diminuição do desempenho pessoal (Dierendonck, Schaufeli, & Sixma, 1994).

Modelo geral explicativo de *burnout* (Maslach; Jackson; Leiter, 1996)

Para o modelo geral explicativo de *burnout*, formulado por Maslach; Jackson; Leiter (1996), o *burnout* deriva de exigências, como o conflito pessoal e a sobrecarga de trabalho, em conjugação com a diminuição do controlo, do suporte social, da autonomia, da perícia e do envolvimento na tomada de decisões, levando ao aparecimento de exaustão, cinismo e redução na eficácia profissional. O resultado deste processo, segundo este modelo, traduz-se pela diminuição no empenhamento na organização, aumento do absentismo, o *turnover* e a doença física (Maslach, 2003).

As relações de exaustão para a despersonalização é o mais seguro aspeto deste modelo. A exaustão não é só fortemente relacionada com a despersonalização (ou cinismo), mas medeia a relação entre fatores organizacionais e a despersonalização. E os autores exemplificam com a sobrecarga de trabalho que não tem um impacto direto na despersonalização, mas só na exaustão (Queirós, 2005).

Vários aspetos do envolvimento organizacional podem agravar a exaustão emocional e reduzir a realização a realização pessoal ou atuar simultaneamente. O sentido de realização não é mediado através da exaustão, embora a experiencia de exaustão diminua o sentido de realização. O sentimento de desânimo que ocorre no trabalho não é necessariamente motivo de exaustão. De facto o trabalho não é sempre um meio de mudança a minar o sentido de realização dos indivíduos ou a afetar constantemente a eficácia (Queirós, 2005).

Modelo explicativo da exaustão no trabalho (Wisniewski e Gargiulo, 1997)

Este modelo assenta no pressuposto que entre os stressores situacionais e o desempenho do profissional encontra-se uma variável mediadora - a tensão - aqui entendida como a resultante de períodos prolongados e frequentes de tensão (Landeiro, 2011).

A complexidade da tarefa, está na génese da exaustão emocional. Assim, tem relevância nas profissões de ajuda, a especificidade das tarefas, para a criação da “fadiga da compaixão” condição de exaustão emocional. Esta é moderada por agentes stressores individuais e institucionais. Na especificidade da tarefa, encontra-se o trabalho significativo no contexto de uma relação de ajuda, a discrepância entre pedidos e os recursos, a problemática da morte, e o grande número de insucessos. Nos stressores individuais são identificados as grandes expectativas individuais e

institucionais, o envolvimento no trabalho, centros de interesse na vida e a idade. Quanto aos stressores institucionais identificam-se a sobrecarga quantitativa de trabalho, conflito de papéis e interações interpessoais (Landeiro, 2011).

Modelo de Gil-Monte, Peiró e Valcárcel (1998)

O *burnout* trata-se de uma resposta ao stress no trabalho, ocorrendo após as estratégias de *coping* infrutíferas. Segundo este modelo, o *burnout* progride de uma falta de realização pessoal até à exaustão emocional, da falta de realização pessoal até à despersonalização, e da exaustão emocional à despersonalização (Gil-Monte e Peiró, 1999).

Neste modelo, a falta de realização pessoal é vista como uma tensão e a despersonalização é perspectivada como um processo cognitivo que deriva do stress quando o *coping* não é bem-sucedido. Ao não conseguir lidar com os problemas no trabalho vêm ao de cima os sentimentos de reduzida realização pessoal e posteriormente uma resposta emocional. Estas situações conduzem à despersonalização como estratégia de *coping* (Gil-Monte e Peiró, 1999).

Modelo de sistema interativo de *burnout* (Marques-Teixeira, 2002)

Segundo este modelo, a exaustão emocional será determinada do lado organizacional pela sobrecarga e pelos conflitos de papéis laborais, do lado pessoal pelos requisitos que os indivíduos se colocam a si próprios quanto ao desempenho (insuficiente tempo e insuficiente pessoal) e, por fim, o papel de algumas dimensões qualitativas e quantitativas das relações interpessoais. O profissional que se sente emocionalmente exausto, usa a despersonalização dos clientes como uma estratégia de *coping*. Quando este mecanismo se revela inadequado ou insuficiente para a resolução do problema emergem sentimentos de Auto ineficácia. Neste quadro a despersonalização ao aparecer como estratégia de *coping* (defensiva) assume-se como uma espécie de expediente alternativo para lidar com a exaustão emocional quando outros recursos não estão disponíveis (Landeiro, 2011).

2. O Envelhecimento e o Cuidar

Envelhecer é o processo segundo o qual um organismo biológico, tal como o corpo humano, existe no tempo e muda fisicamente. Resulta deste processo de senescência um aumento da vulnerabilidade e a probabilidade da morte (Costa, 2002; Ermida, 1999).

Não obstante trata-se de um processo biológico, envelhecer é também um processo experiencial subjetivo, que pode definir-se como a autorregulação exercida através de decisões e escolhas para adaptação ao processo de senescência, de que não se pode separar a dimensão social do envelhecimento, sobretudo porque essa experiência é modelada pela situação social em que as pessoas se encontram (Netto, 2002).

O envelhecimento tem início desde o nascimento, traduz-se pela diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida. Por conseguinte, podemos dizer que a idade não é o único fator que explica as dificuldades da pessoa que envelhece, e que envelhecer é um processo dinâmico, habitualmente lento e progressivo, mas individual e variável, o que poderá justificar a tendência para denominar os idosos como “grupo heterogêneo” (Neri, 2001).

Constata-se que hoje se envelhece cada vez mais tarde, e que comparativamente com há vários anos atrás, o grande número de idosos de hoje conserva durante mais anos um razoável estado de saúde e de vitalidade, os indivíduos deste grupo etário são, pela diminuição física, psíquica e social, mais vulneráveis à doença e à morte. Na verdade, existe um padrão próprio de doença na pessoa idosa, o qual caracteriza-se fundamentalmente pela patologia múltipla, com complicações frequentes e graves, apresentação e expressão frustes ou atípicas, estreita relação com componentes sociais, cronicidade, incurabilidade e elevada mortalidade (Costa, 2002).

Ermida (1999) define envelhecimento como:

“...um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo. Significa isto que o envelhecimento não é em si uma doença embora possa ser agravado ou acelerado pela doença”.

Segundo Costa (2002) os vários estudos epidemiológicos realizados em Portugal demonstram uma elevada morbilidade desta faixa etária, sendo que são responsáveis por um terço dos internamentos.

As transformações demográficas em Portugal são em larga escala o que acarreta consequências sociais, económicas e sociais. Com a diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade, e com os avanços científicos e tecnológicos que possibilitaram à medicina prolongar a vida de uma parte significativa da população, ao longo dos anos tem-se vindo a inverter a pirâmide etária, traçando-se, assim um perfil demográfico marcado pelo progressivo envelhecimento da população portuguesa, o que acarreta novas realidades sociais, que num contexto de crise económica se agravam (Carneiro, 2012).

De acordo com os dados dos Censos 2011, a população residente em Portugal era de 10 561 614. Confrontando a população residente em Portugal, em 21 de Março de 2011 com os Censos de 2001

observa-se um aumento do peso dos idosos de 16,4% para 19,1% (65 e mais anos de idade). Das 90 637 pessoas a residir em estabelecimentos de apoio social a maioria são idosos e mulheres. A população com idade acima dos 70 anos é a mais representada no universo das pessoas que residem nestes estabelecimentos (INE, 2012).

Em termos nacionais, a distribuição da população com 65 ou mais anos apresenta uma assimetria geográfica, coincidente com a reconhecida assimetria socioeconómica.

Assim, na região Norte encontra-se 31% do total da população idosa, seguindo-se as regiões Centro e Lisboa, ambas com pesos próximos de 26%. Nas regiões do Alentejo, Algarve, Autónomas da Madeira e dos Açores encontram-se, respetivamente 9,1%, 4,4%, 2% e 1,6% dos idosos residentes no país (INE, 2012).

Para além de tudo isto, é importante salientar que ao passar de uma idade a outra, as pessoas são percebidas como tendo entrado numa nova fase da vida, com características específicas, com acesso diferente aos recursos económicos e sociais, e ainda com novos papéis, direitos e obrigações, onde sobrepõe-se um declínio na eficiência ou desempenho, que no limite são identificadas como doença. Aliás, constata-se que os idosos são os maiores consumidores de cuidados de saúde, tanto ao nível ambulatorio e domiciliário (Santos, 1996).

As mutações mais comuns nos idosos a nível físico, psicológico e social, levam-nos a perdas que os conduzem a encontrar apoio na família, nos amigos ou vizinhos e nas instituições de forma a proporcionar a qualidade de vida que necessitam (Carneiro, 2012).

A família constitui ainda hoje a célula da sociedade, assumindo funções de enorme relevo, sendo que na prestação de cuidados ela constitui-se cada vez mais como um recurso importante, especialmente no que aos idosos dependentes diz respeito (Lage, 2007).

Não obstante, embora à figura da família seja atribuído este papel, habitualmente existe um cuidador principal que acaba por ser quem dá a resposta às necessidades. A designação ou escolha desta personagem que assume esta carreira de cuidador, perpassa um conjunto de fatores, tais como: imperativos demográficos (por exemplo ser filho único); obrigações normativas de reciprocidade e fatores situacionais (por exemplo compromissos assumidos entre pais e filhos); ter poucas obrigações familiares e profissionais; estar geograficamente mais próximo; ser economicamente mais desfavorecido, entre outros fatores (Robert, 1995).

Muito frequentemente encontram-se vários termos na literatura, para designar esta função de cuidar. Assim, é possível a distinção entre cuidador formal e cuidador informal, em que o que distingue o primeiro do segundo é que este último se reporta a indivíduos não pagos, e que podem englobar elementos da família, ou mesmo amigos ou vizinhos. Também se pode encontrar a distinção entre cuidador primário e cuidador secundário, sendo que o primeiro se refere ao que assume mais horas de cuidados, e o segundo corresponde ao elemento ou elementos que conferem uma ajuda adicional ao primeiro, aumentando o tipo e/ou quantidade de cuidados prestados, contribuindo para que as necessidades sejam melhor satisfeitas. Normalmente os cuidadores secundários são, o conjugue ou filho(a) do cuidador primário (Moura, 2006).

Assim, tal como referem Kawasaki e Diogo (2001), o idoso fragilizado, frequentemente mantido em seu domicílio, requer cuidados específicos, os quais são realizados muitas vezes por pessoas contratadas pela família para tal, denominadas cuidadores formais.

3. Os cuidadores formais de idosos

De acordo com São José (2012), ao longo das últimas décadas tem-se assistido a uma tendência no sentido de uma maior combinação entre cuidados familiares e cuidados não familiares prestados a pessoas idosas. Portugal insere-se no grupo de países onde vigora um “familiarismo implícito” no cuidado aos idosos, que se caracteriza por uma baixa oferta de serviços sociais e por um sistema rudimentar de licenças para prestar cuidados, e de prestações sociais diretas e indiretas para compensar os custos do cuidar. Este “familiarismo implícito” reproduz as desigualdades de género na prestação de cuidados familiares, as quais desfavorecem as mulheres).

Segundo o mesmo autor, existe uma pluralidade de formas de divisão dos cuidados entre cuidadores familiares e cuidadores não familiares, as quais assentam em diferentes interconexões de complexidade variável. Assim, existe um envolvimento de cuidadores não familiares na prestação de cuidados (cuidados mercantis e cuidados mercantis “familiarizados”) o que não implica, necessariamente, a (total) “substituição” de cuidadores familiares ou a “desfamiliarização” dos cuidados.

Aqueles que são cuidadores “voluntários”, ou seja cuidadores informais têm maior risco de sofrer de *burnout* que os cuidadores formais, uma vez que é a sua profissão e o número de horas com o cliente é limitado diariamente (Maslach, 2003).

As formas de divisão dos cuidados são marcadas por desigualdades de classe social, onde os recursos financeiros detêm um papel determinante. Para além disso, as formas de divisão dos cuidados são muito marcadas pelo género, pois a grande maioria dos cuidadores familiares e a totalidade dos cuidadores não familiares são mulheres, refletindo o sistema cultural português, que continua a esperar que a mulher assuma a principal responsabilidade pela prestação de cuidados, e também das dinâmicas dos sectores não familiares de provisão de cuidados sociais, que continuam a “apostar” nas baixas qualificações e nos baixos salários, sendo por isso pouco “apelativos” para os homens (São José, 2012).

Os cuidadores formais são importantes para que as famílias (cuidadores informais) não entrem em exaustão, assim é feita a ponte e todos ficam a beneficiar, uma vez que as famílias que cuidam tendem a desleixar-se com a sua vida, não tendo estilos de vida saudáveis (Lubkin & Larsen, 2006).

Nesta sequência, em 2006 foi criado o Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES) que, tal como a designação indica, visa o alargamento da rede de equipamentos sociais, traduzindo-se na criação de novos lugares em respostas sociais essenciais para a promoção do bem-estar e para a melhoria das condições de vida das pessoas e famílias (Portaria nº 67/12).

Assim, o PARES aposta e assenta numa estratégia de parceria com as Instituições Privadas de Solidariedade Social e de incentivo ao investimento privado, sendo que um dos objetivos é o aumento do número de lugares em lares de idosos (Gil, 2009).

Isto também está patente na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, que numa conjugação de prestação de cuidados de saúde e de apoio social, a todas as pessoas com dependência em qualquer idade.

A Ajudante de Ação Direta, também designado por Ajudante de Lar, é o profissional a quem é atribuído um conjunto de tarefas ligadas ao trabalho com pessoas idosas institucionalizadas (Cuidados Continuados- Saúde e Apoio social, 2012).

Deste modo no Decreto-Lei nº 419/99, está definido qual a função de ajudantes de ação direta, perante os idosos tendo em vista o seu bem-estar. Exercem funções de forma a colmatar qualquer défice nas necessidades humanas básicas, ou seja, são responsáveis pela alimentação do utente, da sua higiene e conforto, do seu acompanhamento ao exterior e pela administração de medicação.

Os cuidadores formais de idosos podem constituir um grupo potencialmente afetado pela Síndrome de Burnout. Por conseguinte, é importante estudar os níveis de *burnout* nos cuidadores formais de idosos, até porque é uma temática que ainda necessita de muita pesquisa.

Capítulo II: METODOLOGIA

1. Tipo de estudo - foi realizado um estudo descritivo observacional transversal.

2. Local do estudo - Todos os lares de idosos do concelho de Castelo Branco, totalizando 11 lares de idosos, (Anexo I) sendo que um deles recusou a participação.

3. Participantes

3.1 População alvo - auxiliares de ação direta que trabalham com idosos institucionalizados em lares.

3.2 Tipo de amostragem - foi realizada uma amostragem por conveniência dos auxiliares de ação direta que trabalhavam com idosos institucionalizados no período entre 1 de Janeiro e 30 de Maio de 2013.

3.3. Critérios de Inclusão - todos os cuidadores formais, nomeadamente os auxiliares de ação direta em lares de idosos no concelho de castelo branco.

3.4 Critérios de exclusão - Não querer participar no estudo. Apresentar limitações físicas ou cognitivas que impossibilitasse responder ao questionário, categoria profissional não adequada e questionários rasurados.

3.5 Amostragem - amostra foi constituída por 118 profissionais que aceitaram participar do estudo. Foram excluídos 18 profissionais, sendo a amostra final constituída de 100 cuidadores formais.

3.6 Caracterização da amostra

A totalidade da amostra foi constituída pelo sexo feminino. A média de idade foi de 46,49 anos \pm 9,17, sendo a idade mínima de 22 anos e a máxima de 63 anos (Anexo III - Tabela 1). Cerca de 56% apresentavam idade acima ou igual a 45 anos (Gráfico 1).



Gráfico 1 - Distribuição percentual dos auxiliares de ação direta (n=100) que trabalham em lares de idosos, por faixa etária, em Castelo Branco, 2013.

No que respeita aos anos de profissão (gráfico 2), a maior fatia da amostra exerce a profissão há mais de 10 anos (55%), sendo o mínimo de 1 ano e o máximo de 42 anos (Anexo III - Tabela 1).



Gráfico 2 - Distribuição percentual dos auxiliares de ação direta (n=100) que trabalham em lares de idosos, por anos de profissão, em Castelo Branco, 2013.

No que concerne às habilitações literárias (gráfico 3) metade dos inquiridos (50%) frequentaram o 2º/ 3º ciclo (Anexo IV - Tabela 1).

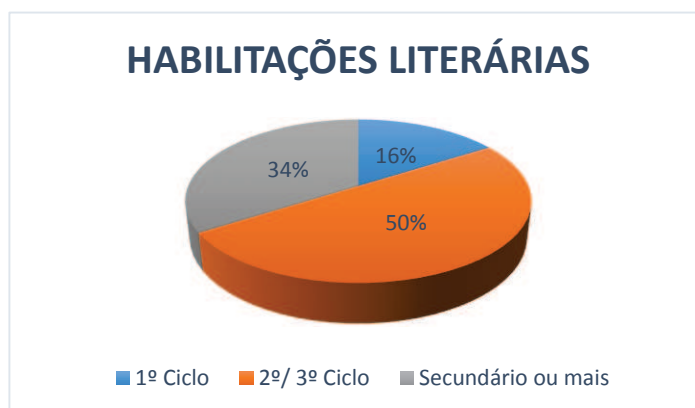


Gráfico 3 - Distribuição percentual dos auxiliares de ação direta (n= 100) que trabalham em lares de idosos, por habilitações escolares, em Castelo Branco, 2013.

Relativamente ao estado civil (gráfico 4), 78% das auxiliares de ação direta são casadas ou apresentam união de facto. Cerca de 88,9% têm pelo menos um filho (Anexo IV - Tabela 1) e 98% dos cuidadores formais trabalhavam por turnos. Quanto à situação contratual 84,2% pertencem ao quadro da instituição. No que respeita à questão “faltaram ao trabalho?” mais de 75% dos inquiridos responderam que não faltaram nem no último mês nem no último ano de serviço. Relativamente às perguntas “se pudesse deixaria a instituição onde trabalha?” e “se pudesse mudaria de profissão?” cerca de 87%, dos sujeitos responderam que não (Anexo IV - Tabela 2).



Gráfico 4 - Distribuição percentual dos auxiliares de ação direta (n= 100) que trabalham em lares de idosos, por estado civil, em Castelo Branco, 2013.

4. Variáveis analisadas

- a) Sexo;
- b) Idade;
- c) Habilitações literárias;
- d) Estado civil;
- g) Profissão;
- h) Anos de profissão;
- i) *Burnout* pessoal;
- j) *Burnout* relacionado com o trabalho;
- k) *Burnout* relacionado com o cliente.

5. Instrumentos e recolha de dados

Após a autorização da investigação pela direção das instituições foi solicitado aos participantes o preenchimento de um questionário sociodemográfico (Anexo I) e o Inventário de Burnout de Copenhagen (Anexos I)

O Inventário de Burnout de Copenhagen (CBI) foi elaborado pelo Instituto Nacional de Saúde Ocupacional de Copenhaga (Kristensen, et al. 2005). É um questionário composto por 19 itens que pretendem avaliar três níveis da Síndrome de Burnout.

A primeira parte (6 itens) pretende avaliar o *burnout* pessoal que é definido como um estado de exaustão física e psicológica prolongada e pretende avaliar os sintomas de esgotamento gerais.

A segunda dimensão (7 itens) é apenas relacionado com o trabalho, em que analisa o esgotamento físico e psicológico prolongado, relacionado com o trabalho da pessoa e é utilizado para avaliar sintomas de exaustão focados na profissão.

A última dimensão (6 itens) analisa o sentimento de exaustão relacionado com o cliente.

A frequência com que ocorre o *burnout pessoal* é avaliada num escala de likert em que “nunca/ quase nunca” corresponde a zero (0) e “sempre” a cem (100).

A frequência com que ocorre o *burnout relacionado com o trabalho* nas três primeiras questões varia entre zero (0) “muito pouco” e cem (100) “muito” e nas últimas quatro questões varia entre zero (0) “nunca/quase nunca” e cem (100) “sempre”, sendo que na última esta pontuação é invertida cem (100) “nunca/quase nunca” e zero (0) “sempre”.

No *burnout relacionado com o cliente*, nas quatro primeiras opções “muito pouco” corresponde a zero (0) e “muito” a cem (100) e nas últimas duas questões varia entre zero (0) “nunca/quase nunca” e cem (100) “sempre”.

A pontuação total da escala é a média dos scores dos itens. Considera-se como um elevado nível de *burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

5.1. Caracterização da escala CBI

Para proceder à avaliação das qualidades psicométricas do CBI procedeu-se à verificação da consistência interna deste instrumento de avaliação, através do alfa de Cronbach (α), verificou-se que o α total é de 0,932, pelo que o instrumento apresenta uma consistência interna muito boa. Relativamente às dimensões do instrumento, o *burnout pessoal* apresenta um α de 0,898 pelo que a consistência interna é boa, o *burnout relacionado com o trabalho* tem uma consistência interna de 0,892 pelo que também é boa e a terceira dimensão, *relacionado com o cliente* o α é de 0,755, pelo que ainda é aceitável (Anexo IV - Tabela 3).

6. Tratamento de dados

Para a análise estatísticas dos dados foi utilizado o programa de análise estatística Statistical Package for Social Sciences-SPSS versão 20.0.

Foi realizada uma análise descritiva através da utilização de frequências absolutas e relativas: as medidas de tendência central como as médias aritméticas e medianas e as medidas de dispersão e variabilidade como o desvio padrão e o coeficiente de variação.

7. Considerações éticas - todos os participantes foram informados no que respeita a investigação do estudo e esclarecidos sobre a confidencialidade dos dados (Anexo III).

Capítulo III: Resultados

No que diz respeito às três dimensões avaliadas no CBI, relativamente ao *burnout* pessoal 74,5% apresentaram baixos níveis de *burnout* e 25,5% elevados níveis. Em relação ao *burnout* relacionado com o trabalho, 77,1% expõem níveis baixos de *burnout* e 22,9% apresentam níveis elevados. Quanto ao *burnout* relacionado com o cliente 93,4% exibem baixos níveis e 6,6% mostram altos níveis de *burnout*.

Quadro 1 - Distribuição percentual dos auxiliares de ação direta (n= 100) que trabalham em lares de idosos, por níveis de burnout, em Castelo Branco, 2013.

	CBI	Nº	%
<i>Burnout</i> pessoal	Baixo nível de <i>burnout</i>	70	74,5
	Alto nível de <i>burnout</i>	24	25,5
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	Baixo nível de <i>burnout</i>	74	77,1
	Alto nível de <i>burnout</i>	22	22,9
<i>Burnout</i> relacionado com o cliente	Baixo nível de <i>burnout</i>	85	93,4
	Alto nível de <i>burnout</i>	6	6,6

1. Burnout pessoal

No quadro 2 estão apresentados os dados relativamente ao burnout pessoal. Cerca de 29,3% e 23,1% dos trabalhadores com 10 anos e mais e com menos de 10 anos de profissão respetivamente apresentaram níveis altos de burnout. No que respeita à idade, 25% dos indivíduos com 45 anos ou mais apresentaram níveis mais elevados de burnout, semelhante aos com menos de 45 anos (24,5%) e 53,6% dos profissionais solteiros/ viúvos apresentam níveis elevados de burnout. Em relação as habilitações literárias, cerca de 31,3% dos profissionais que frequentaram o 2º/3º ciclo apresentaram altos níveis de burnout.

Quadro 2 - Distribuição percentual dos auxiliares de ação direta (n= 100) que trabalham em lares de idosos, por caraterísticas sociodemográficas, relativamente aos níveis de burnout pessoal, em Castelo Branco, 2013.

			Baixos níveis de burnout	Altos níveis de burnout
IDADE	Menos de 45 anos	(N=41)	31	10
		(%)	77,5	24,5
	45 Anos ou mais	(N=52)	39	13
		(%)	75	25
ANOS DE PROFISSÃO	Menos de 10 anos	(N=52)	40	12
		(%)	76,9	23,1
	10 Anos ou mais	(N=41)	29	12
		(%)	70,7	29,3
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	1º Ciclo	(N=13)	11	2
		(%)	84,8	15,2
	2º/3º Ciclo	(N=48)	31	17
		(%)	68,7	31,3
	Secundário ou mais	(N=33)	26	7
		(%)	78,9	21,1
ESTADO CIVIL	Solteiro/Viúvo	(N=13)	6	7
		(%)	46,4	53,6
	Casado / União de facto	(N=73)	57	16
		(%)	78,1	21,9
	Divorciado	(N=7)	6	1
		(%)	86,7	14,7

2. Burnout relacionado com o trabalho

No que respeita ao burnout relacionado com o trabalho (quadro 3) 24, 3% e 20,7% dos profissionais mais jovens (menos de 45 anos) e mais velhos (45 anos e mais) respetivamente apresentaram altos níveis de burnout. Observou-se que 79% dos auxiliares que exerciam funções há menos de 10 anos apresentaram baixos níveis de burnout e 74,4% dos que exerciam a profissão há 10 anos e mais tinham também baixos níveis de burnout. Altos níveis de burnout foi observado em 35,6% dos cuidadores que frequentaram o 2º e ou 3º ciclo de estudos e em 21,4% dos cuidadores que referiram ser casados ou união de facto.

Quadro 3 - Distribuição percentual dos auxiliares de ação direta (n= 100) que trabalham em lares de idosos, por características sociodemográficas, relativamente aos níveis de burnout relacionado com o trabalho, em Castelo Branco, 2013.

			Baixos níveis de burnout	Altos níveis de burnout
IDADE	Menos de 45 anos	(N=41)	31	10
		(%)	75,7	24,3
	45 Anos ou mais	(N=11)	42	11
		(%)	79,3	20,7
ANOS DE PROFISSÃO	Menos de 10 anos	(N=52)	41	11
		(%)	79	21,2
	10 Anos ou mais	(N=43)	32	11
		(%)	74,4	25,6
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	1º Ciclo	(N=15)	14	1
		(%)	93,6	6,4
	2º/3º Ciclo	(N=48)	31	17
		(%)	64,6	35,6
	Secundário ou mais	(N=33)	29	4
		(%)	87,8	12,2
ESTADO CIVIL	Solteiro/Viúvo	(N=14)	9	5
		(%)	64,4	35,6
	Casado / União de facto	(N=75)	59	16
		(%)	78,7	21,4
	Divorciado	(N=7)	6	1
		(%)	84,9	13,7

3. *Burnout* relacionado com o cliente

Relativamente ao *burnout* relacionado com o cliente (quadro 4), nenhum dos profissionais com menos de 45 anos apresentaram níveis altos de Burnout. Apenas 8,1% e 4,8% dos profissionais com menos de 10 anos e mais de 10 anos de profissão respetivamente apresentaram níveis altos de burnout. Em relação às habilitações literárias os cuidadores formais que frequentaram o secundário ou o ensino superior expõem baixos níveis de burnout (97%). Quanto ao estado civil, nenhum dos profissionais solteiros, viúvos e divorciados expressam altos níveis de burnout.

Quadro 4 - Distribuição percentual dos auxiliares de ação direta (n= 100) que trabalham em lares de idosos, por características sociodemográficas, relativamente aos níveis de burnout relacionado com o cliente, em Castelo Branco, 2013.

			Baixos níveis de burnout	Altos níveis de burnout
IDADE	Menos de 45 anos	(N=40)	40	0
		(%)	100	0
	45 Anos ou mais	(N=50)	44	6
		(%)	87,9	12
ANOS DE PROFISSÃO	Menos de 10 anos	(N=49)	45	4
		(%)	91,9	8,1
	10 Anos ou mais	(N=41)	39	2
		(%)	95	4,8
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	1º Ciclo	(N=13)	12	1
		(%)	92,3	7,7
	2º/3º Ciclo	(N=45)	41	4
		(%)	91,9	9
	Secundário ou mais	(N=33)	32	1
		(%)	97	3
ESTADO CIVIL	Solteiro/Viúvo	(N=13)	13	0
		(%)	100	0
	Casado / União de facto	(N=70)	64	6
		(%)	91,5	8,6
	Divorciado	(N=7)	7	0
		(%)	100	0

Capítulo IV: Discussão dos resultados e Conclusões

O mundo do trabalho é um dos contextos onde as pessoas passam a maior parte da sua vida, tornando-se desta forma uma fonte de desenvolvimento pessoal e profissional, que quando levado ao extremo pode gerar estados crónicos de exaustão que levam à Síndrome de Burnout, principalmente profissões com contato interpessoal diário (Demeneck & Kurowski, 2010).

A amostra de cuidadores formais de idosos institucionalizados analisada, no presente estudo, ainda que reduzida, apresentou características semelhantes às descritas por Carvalho et al (2006), que investigaram qual a relação de resiliência, *burnout* e *engagement* em cuidadores formais de idosos nas comunidades da Estremadura, Castela e Leão. Os investigadores concluíram que na sua amostra o sexo feminino predominava, a idade média foi de 40 anos, 86,2% eram casados ou viviam em união de facto e a média de anos de profissão é de 11 anos.

Em 1816, Florence Nightingale, durante a guerra da Crimeia, organizou as primeiras técnicas que possibilitaram a instrumentalização do cuidado, papel pertencente apenas à mulher na época. Apesar da evolução do mundo, a mulher também se transformou aos poucos, conquistando o seu espaço e hoje, procura a sua satisfação profissional em todas as esferas, no entanto continua a ser reconhecida como a principal cuidadora, uma vez que o homem ainda é considerado como um trabalhador mecânico e industrial, o que vai no encontro da amostra adquirida, uma vez que a totalidade dos profissionais são do sexo feminino.

No que se refere ao género, Maslach cit. por Queirós (2005), refere que as mulheres apresentam níveis mais elevados do que os homens, já no que concerne ao estado civil, são os indivíduos casados e com filhos os que apresentam níveis mais baixos de *burnout* (Queirós, 2005). Na amostra estudada verifica-se que no geral quem apresenta baixos níveis de *burnout* são os divorciados, o que não coincide com os estudos apresentados, uma vez que o fato de se ser divorciado é considerada uma causa da Síndrome de Burnout. Já as pessoas solteiras/ viúvas são quem apresentam níveis mais elevados de *burnout* pessoal e relacionado com o trabalho o que se pode dever ao fato de nos dias de hoje, a satisfação profissional está em primeiro lugar, o que pode levar a um envolvimento e empenho de uma forma excessiva, o que dará origem à Síndrome de Burnout.

No que concerne à satisfação no local de trabalho, conclui-se que a amostra apresenta baixos níveis de *burnout* relacionado com o trabalho (77,1%), tendo em consideração que manifestaram que não mudariam de profissão (87,9%) nem de instituição (87,65%). Thomsen et al. (1999, cit. Queirós, 2005) verificam quanto maior a satisfação no trabalho, menor a propensão para a ocorrência da Síndrome de Burnout. Se se tiver em conta a evolução das

condições de trabalho desde a antiguidade, observa-se uma evolução positiva desde a Revolução Industrial, com o aumento salarial, a redução dos horários de trabalho, o que diminuiu o nível de stress nos trabalhadores, apesar da crise económica em que se vive, atualmente, ainda não afetou esta profissão.

Relativamente aos anos de profissão, os cuidadores que exercem a profissão há menos de 10 anos expressam níveis baixos de *burnout*, relativamente ao *burnout* pessoal e relacionado com o trabalho a associação da síndrome com o tempo de profissão sugere que a exposição prolongada a condições de trabalho stressantes e subvalorizadas pode estar relacionada ao surgimento e ao agravamento dos sintomas. Sendo que nos estudos existentes tanto o tempo de serviço como a instabilidade profissional são fatores de risco para o surgimento da síndrome (Queirós, 2005). Já no *burnout* relacionado com o cliente, são os profissionais que exercem há menos de 10 anos que possuem níveis altos de burnout, o que pode ser associado ao fato de que, no começo da profissão, esses profissionais encontram-se em um período de sensibilização, quando a transição das expectativas idealistas para a realidade da prática quotidiana mostra que as primeiras nem sempre se realizam como prometido ou esperado.

Alvarez cit. por Queirós (2005) refere que os sintomas aparecem em grupos profissionais que se pensava não constituírem “populações de alto risco”. Tratando-se de profissionais com tarefas consideradas vocacionais, acreditava-se que não seriam atingidos, já que as atividades profissionais pareciam supostamente gratificadoras para os próprios, desde os níveis mais pessoais aos mais sociais.

Relativamente à avaliação dos níveis de *burnout* existentes na amostra verificou-se que os cuidadores formais exibem baixos níveis de *burnout* o que é corroborado por Kristensen et al (2005, cit. Fonte, 2010). Apesar dos dias de austeridade que temos vindo a vivenciar, estes resultados demonstram que a amostra estudada apresenta baixos níveis de burnout, talvez por ainda estarem motivadas com o trabalho, sendo que a sua função é prestar ajuda, contribuir para bem-estar, qualidade de vida e promoção da saúde dos idosos.

No *burnout* pessoal verificou-se que 75% da amostra apresenta baixos níveis de *burnout*, bem como o *burnout* relacionado com o trabalho, em que 74% também apresentaram baixos níveis de *burnout*. O *burnout* relacionado com o cliente foi o que apresentam uma maior percentagem de baixos níveis de *burnout* com 85%, tal como Kristensen et al (2005, cit. Fonte, 2010).

Por fim, para Maslach (2003) o *burnout* é definido com uma crise relacionada com o trabalho e não uma crise relacionada com as pessoas no trabalho, o que de certa forma se observa neste estudo.

Esta síndrome desenvolve-se a longo prazo e de forma multicausal, o que torna difícil o diagnóstico. Ainda assim, sabe-se que a Síndrome de Burnout é um fenómeno que afeta praticamente todas as profissões, já que quase todas possuem algum tipo de contato interpessoal. Por conseguinte, pela própria natureza e funcionalidade do cargo, percebe-se que há profissões de risco e de alto risco, sendo poucas não suscetíveis à ocorrência de *burnout* (Demeneck e Kurowski, 2010).

Nos dias de hoje, com o desenvolvimento da medicina e com os progressos das condições socioeconómicas, a esperança média de vida tem vindo a aumentar, tornando-se necessário criar condições para que os idosos usufruam de bem-estar até ao final da vida, para tal a criação de instituições para este fim torna-se cada vez mais pertinente.

Maslach (2003) refere que são estas profissões de assistência que mais sofrem de Síndrome de Burnout, pois é a estas que se solicita:

“...um tempo considerável de relação intensa, com pessoas, que não poucas vezes se encontram em situações problemáticas, com as quais as relações são carregadas de sentimentos de frustração, medo ou desespero. Relações nas quais, a tensão ou o stresse resultante podem ter um efeito de “dessecação emocional”, deixando os profissionais vazios e emocionalmente predispostos ao síndrome de burnout.”

Como qualquer trabalho de investigação, também este apresenta limitações.

Em primeiro lugar, é importante destacar o número reduzido de sujeitos o que instala obstáculos ao nível da generalização dos resultados e da representatividade da amostra em relação à população em estudo. O reduzido tamanho da amostra poderá também ter contribuído para a dificuldade em verificar diferenças, tornando-se pertinente alargar o estudo para outras instituições.

Uma segunda limitação é o instrumento de colheita de dados, ter sido de autopreenchimento o que pode causar erros, uma vez que a escala de likert apresenta opções vagas, que podem ser interpretadas de maneira diferente por cada um.

Uma outra limitação observada foi o facto de serem escassos os estudos a este tipo de profissionais, bem como a literatura que existe a este nível.

Contudo, apesar das limitações mencionadas em cima, pensa-se que a investigação deu um contributo científico para o *burnout*.

Para a amostra em estudo conclui-se que:

- Foram encontrados baixos níveis de burnout no geral;
- Relativamente às três dimensões do *burnout* é o *burnout* relacionado com o cliente que expõe níveis mais baixos de *burnout*, seguindo-se o *burnout* relacionado com o trabalho e por fim o pessoal;
- Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as dimensões de burnout e as variáveis: idade, anos de profissão, habilitações escolares e estado civil;
- A maioria da amostra inquirida, de acordo com os resultados obtidos, refletiu níveis baixos de *burnout* nas três escalas do CBI. No entanto, os valores de alto nível de *burnout* observados não podem ser depreciados.

É imperativo pensar que não devemos somente viver para o trabalho mas sim fazer do trabalho uma fonte de saúde e realização.

Desta forma, cabe a cada um de nós começar um processo de mudança pessoal e institucional, com sugestões construtivas e participativas.

Bibliografia

- Almeida, A. & Veiga-Branco, A. (2012). Educação emocional como ferramenta propiciadora de emoções positivas. *Afrontamiento psicologico en el siglo XXI*, 53-61. Acedido Março 3, 2013, em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/6849>
- Bähner-Kohler, S. (2012). *Burnout for experts: Prevention in the context of living and working*. New York: Springer.
- Carlotto, M; Câmara, S. (2010). Síndrome de Burnout: uma doença do trabalho na sociedade de bem-estar. *Revista de Enfermagem de Referência*, 101-109. Acedido Março 3, 2013, em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141303942007000100016&script=sci_arttext
- Carneiro, R et al (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. CEPCEP, Lisboa.
- Castro, F. & Zanelli, J. (2007). Síndrome de burnout e projeto de ser. *Cadernos de Psicologia Social*, 10 (2), 17-23.
- Costa, M. (1998). Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. *O Idoso Problemas e Realidades*. Coimbra: Formasau.
- Costa, M. (2002). *Cuidar Idosos: Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Cuidados Continuados- Saúde e Apoio social (2012). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [em linha]*. Cuidados Continuados- Saúde e apoio social Web site. Acedido Fevereiro 2, 2013, em <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>.
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. *Diário da República* nº 109/06- I Série. Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei nº 419/99 de 21 de Outubro. *Diário da República* 246/99- I Série. Ministério das Finanças.
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Demeneck, V. & Kurowski, C. (2010). Síndrome de Burnout: ameaça da saúde mental do trabalhador. *Programa de Apoio à Iniciação Científica*, 503- 518. Acedido Janeiro 13, 2013 em www2.fae.edu/galeria/getImage/1/5083007472669816.pdf
- Deminco, M. (2011). *Jornada de Trabalho e redução do Stress*. *Psicologia organizacional*. Acedido Janeiro 15, 2013, em <http://artigos.psicologado.com/atuacao/psicologia-organizacional/jornada-de-trabalho-e-reducao-do-stress>
- Dias, S.; Queirós, C. & Carlotto, M. (2010). Síndrome de burnout e factores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, 32,

- 4- 21. Acedido Março 16, 2013 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000200002
- Dierendonck, D.; Schaufeli, W. & Sixma H. (1994). Burnout among general practitioners: a perspective from equity theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13 (1), 86-100.
- Elder, R. (2011). *Psychiatric and Mental Health Nursing*. Australia: Elsevier
- Ermida, J. (1999). *Processo de Envelhecimento - O Idoso Problemas e Realidades*. Coimbra: Formasau.
- Filho, J. & Burd, M. (2010). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Fonte, C. (2011). *Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia - Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Gil-Monte, P & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Múrcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia*, 15 (2).
- Grelha, P. (2009). *Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina- Universidade de Lisboa, Portugal.
- INE (2012). *Censos 2011 - Resultados definitivos: XV recenseamento da população e V recenseamento geral da habitação*. Portugal.
- Kawasaki, K. & Diogo, M. (2001). Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal - Parte II. *Revista Escola Enfermagem - USP*, 35 (3), 257-64. Acedido Janeiro 14, 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n3/v35n3a08.pdf>
- Lage, M. (2007). *Avaliação dos cuidados informais ao idoso: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal.
- Landeiro, E (2011). *Viagem pelo Mundo da Ansiedade, Burnout e Perturbação Depressiva [em linha]*. Psicologia. pt Web site. Acedido Março 17, 2013, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0592.pdf>
- Ledo, A. (2010). *O apoio ao domicílio, na perspectiva do público sénior: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Ciências da Educação e do Património- Universidade Portucalense, Portugal.
- Leiter, M. P. (1988). Burnout as a function of communication patterns: A study of a multidisciplinary treatment team. *Group & Organizational Studies*, 13, 111-128.

- Lima, J. (2006) Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso? *Revista de Ciências Humanas*, 40, 469-489. Acedido Janeiro 17, 2013, em http://www.cfh.ufsc.br/~revista/rch40/RCH40_artigo_10.pdf
- Lubkin, I. & Larsen, P (2006). *Chronic Illness- Impact and Intervention* (7ª ed.). London: Jones and Bartlett Publisher.
- Maslach, C. (2003). *Burnout: The Cost of Caring*. New York: Prentice Hall.
- Maslach, C., Schaufeli, B. & Leiter, P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 52, 397-422.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009). *A Dependência: O Apoio Informal, a rede de serviços e equipamentos cuidados continuados integrados*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social Web site. Acedido Março 20, 2013, em <https://infoeuropa.euroid.pt/registo/000042918/>.
- Moura, C. (2006). *Século XXI: o século do envelhecimento*. Loures: Lusociência.
- Neri, A. (2001). *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspetivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campina: Papirus
- Netto, M. (2002) *Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Oliveira, M. M. C. M. Q. (2008). *Burnout e Emoções: Estudo exploratório em médicos de um Hospital do Porto*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade do Porto, Porto.
- Oliveira, M.; Queirós, C. & Guerra, M. (2007). O Conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: do caos à autopoiese. *Psicologia, saúde & doenças*, 8 (2), 181-196. Acedido Fevereiro 16, 2013 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862007000200003&script=sci_arttext
- Pereira, A. (2008). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (3ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Polikandrioti, M. (2009). Burnout syndrome. *Health Science Journal*, 3 (4), 195- 196.
- Portaria nº 67/12 de 21 de Março. *Diário da República nº 51/12- I Série*. Ministério da Solidariedade e da Segurança social.
- Queirós, P.(2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau.
- Robert, L. (1995). *O envelhecimento* (1ªed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Santos, L. (1996). *O Envelhecimento*. Lisboa: Geriatria.

- São José, J. (2012). A divisão dos cuidados sociais prestados a pessoas idosas. *Sociologia, problemas e práticas*, 69, 63-85. Acedido Abril 4, 2013, em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S087365292012000200005&script=sci_arttext
- Segurança Social (2013). Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais [em linha]. Segurança Social Web site. Acedido Maio 28, 2013 em <http://z/www4.seg-social.pt/programa-de-alargamento-da-rede-de-equipamentos-sociais-pares>.
- Tecedeiro, M. (2010). Estudo exploratório sobre burnout numa amostra portuguesa: o narcisismo como variável preditora da síndrome de burnout. *Análise Psicológica*, 2, 311-320. Acedido Fevereiro 16, 2013, em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S087082312010000200006&script=sci_arttext
- Videira, J. (2008). Ser idoso - o Envelhecimento. *Ecos de Enfermagem*, 265, 19 - 20.
- Zanelli, J.; Borges- Andrade, J. & Bastos, A. (2007). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.

Anexos

Anexo I

Amostra

Quadro 5 - Distribuição da amostra em estudo.

	Nº Funcionários	Total de questionários entregues	Nº de questionários corretamente preenchidos	Nº de questionários excluídos	Qual a razão?
SCM São Vicente da Beira	20	17	16	1	Profissão não adequada
SCM Castelo Branco	103	34	30	12	10- rasurados, 2- sem profissão
SCM Sarzedas	10	8	8	0	
CSPF Cebolais de Cima	12	6	6	0	
Centro Social de Salgueiro do Campo	6	5	4	1	Sem profissão
Lar de São Tomás	10	7	6	1	Profissão não adequada
Lar de São Roque	14	14	13	1	Rasurado
CS Beneméritos da Póvoa de Rio de Moinhos	11	10	10	0	
CS Amigos da Lardosa	10	9	7	2	1-rasurado, 1-Sem profissão
CSP Alameda	15	0	0	0	Questionários não preenchidos
Lar Major Rato	35	0	0	0	Recusaram participação
TOTAL	246	110	92	18	

Anexo II

Instrumento de colheita de dados

CONSENTIMENTO INFORMADO

Estou a realizar uma investigação que tem como objetivo principal estudar a síndrome de *burnout* nos cuidadores formais de idosos institucionalizados. Procura-se através desta, contribuir para um maior conhecimento e sensibilização quanto aos fatores que podem afetar a saúde física e psicológica destes profissionais.

Neste sentido, solicitamos a sua participação nesta investigação, concedendo-nos o seu consentimento para que lhe sejam aplicados alguns instrumentos de avaliação.

A sua participação é **voluntária** e os dados que fornecer serão estritamente **confidenciais**, sendo unicamente utilizados para os objetivos desta investigação.

Eu _____
dou o meu consentimento informado para participar nesta investigação, sabendo que a assinatura deste documento não interfere nos meus direitos legais.

Data: ____/____/____

Nome do Investigador:
Ana Rita Cruz Barros de Almeida

Orientador da Investigação:
Prof^a. Dr^a. Márcia Kirzner (Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã)

I -Questionário Sociodemográfico

1.Sexo:

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

2. Idade: _____(anos)

3. Habilitações escolares:

- ☐ Não sabe ler nem escrever
- ☐ Sabe ler e/ou escrever
- ☐ 1º- 4ºANO
- ☐ 5º - 6ªANO
- ☐ 7º - 9º ANO
- ☐ 10º-12º ANO
- ☐ Ensino Superior

4. Estado Civil:

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a)
- ☐ Divorciado(a)
- ☐ Viúvo(a)
- ☐ União de facto
- ☐ Separado(a)

5. Tem Filhos:

- ☐ Não
 - ☐ Sim
- Se respondeu sim, quantos _____
- Outros Dependentes: Não ☐ Sim ☐
- Quantos? _____ Quem? _____

6. Local de Residência:

- ☐ Rural
- ☐ Urbano

7. Profissão: _____

8. Anos de Profissão: _____(anos)

9. Há quantos anos trabalha na instituição? _____(anos)

10. Quantas horas trabalha por semana? _____

11. Trabalha por turnos?

- ☐ Não
- ☐ Sim

12. Trabalha parcialmente em mais alguma instituição?

- ☐ Não
- ☐ Sim

Se respondeu que sim, diga quantas horas trabalha por semana nessa mesma instituição

13. Situação contratual:

- ☐ Do quadro/efetivo
- ☐ Vínculo precário/termo
- ☐ Prestação de serviços

14. No último ano faltou ao serviço?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Bastantes vezes

15. No último mês faltou ao serviço?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Bastantes vezes

16. Se pudesse deixaria a instituição onde trabalha?

- ☐ Não
- ☐ Sim

17. Se pudesse mudaria de profissão?

- ☐ Não
- ☐ Sim

II - INVENTÁRIO DE BURNOUT DE COPENHAGEN

Este questionário destina-se à avaliação psicométrica das dimensões do burnout. Não há respostas melhores ou piores, a resposta correta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência. A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem o sentimento, assinalando com uma cruz.

Esclarecimento:

Síndrome de *Burnout*: resposta ao stress crónico no trabalho, integrando atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas com as quais trabalhamos e ao próprio papel profissional.

Cansado significa *sem forças*, *Fatigado* significa *enfadado*, *Exausto* significa *esgotado*.

***Burnout* pessoal**

Avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa.

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/ quase nunca
1. Com que frequência se sente cansado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Com que frequência se sente fatigado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Burnout* relacionado com o trabalho**

Analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida pela pessoa em relação ao seu trabalho;

	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O seu trabalho deixa- o(a) frustrado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/ quase nunca
4. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca/ quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Burnout* relacionado com o Cliente**

Avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho com os utentes.

	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. Acha difícil trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acha frustrante trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/ quase nunca
5. Está cansado de trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo III

Pedido de autorização para colheita de dados

Ana Rita Cruz Barros
de Almeida

Rua Dr^a Fátima
Farinha Lt:259,
2ºDto.

6000-410 Castelo
Branco

Exmo(a) Sr.(a) Diretor(a)

Ana Rita Cruz Barros de Almeida, a frequentar o Mestrado em Gerontologia na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, vem por este meio solicitar Vossa Excelência que seja concedida autorização para que possa aplicar o questionário que se anexa aos Exmos Sr. auxiliares de ação direta que prestam cuidados aos idosos na sua instituição. Este pedido surge no contexto do estudo da *Síndrome de Burnout* em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados.

Este estudo tem como principais objetivos:

- Determinar a prevalência da *Síndrome de Burnout* em auxiliares de ação direta que trabalhem com idosos institucionalizados, nos lares de idosos do concelho de Castelo Branco.
- Avaliar os sentimentos (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) da *Síndrome de Burnout* em auxiliares de ação direta que trabalhem com idosos institucionalizados, nos lares de idosos do concelho de Castelo Branco.

Comprometo-me ao sigilo de dados e ao envio dos resultados da pesquisa se assim o entenderem

Agradeço desde já a atenção dispensada e fico ao dispor.

Covilhã, Fevereiro de 2013

Com os melhores cumprimentos

Anexo IV

Tabelas de frequência

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra (N=100)

	N	%	M	DP	Mínimo	Máximo
Sexo						
Feminino	100	100%				
Idade			46,49	9,170	22	63
Habilitações escolares						
Não sabe ler nem escrever	0	0				
Sabe ler e/ou escrever	0	0				
1º- 4ºANO	16	16%				
5º - 6ºANO	17	17%				
7º - 9º ANO	33	33%				
10º-12º ANO	32	32%				
Ensino Superior	2	2%				
Estado Civil						
Solteiro(a)	9	9,1%				
Casado(a)	71	71,7%				
Divorciado(a)	7	7,1%				
Viúvo(a)	6	6,1%				
União de facto	6	6,1%				
Separado(a)	0	0				
Tem filhos?						
Não	11	11,1%				
Sim	88	88,9%				
Outros dependentes?						
Não	71	88,8%				
Sim	9	11,2%				
Local de residência						
Meio Rural	37	38,9%				
Meio Urbano	56	58,9%				

Tabela 2- Caracterização da situação profissional da amostra (N=100)

	N	%	M	DP	Mínimo	Máximo
Trabalha por turnos						
Não	2	2%				
Sim	98	98%				
Trabalha em mais alguma instituição						
Não	96	98%				
Sim	2	2%				
Situação Contratual						
Do quadro/efetivo	80	84,2%				
Vínculo precário/termo	14	14,7%				
Prestação de serviços	1	1,1%				
No último ano faltou ao serviço?						
Nunca	75	75,8%				
Raramente	14	14,1%				
Algumas vezes	10	10,1%				
Bastantes vezes	0	0				
No último mês faltou ao serviço?						
Nunca	92	92,9%				
Raramente	4	4%				
Algumas vezes	3	3%				
Bastantes vezes	0	0				
Se pudesse deixaria a instituição onde trabalha?						
Não	85	87,65%				
Sim	12	12,4%				
Se pudesse mudaria de profissão?						
Não	87	87,9%				
Sim	12	12,1%				
Anos de profissão			11,504	9,73	1	42
Nº anos que trabalha na instituição			8,85	7,47	1	25
Nº de horas de trabalho por semana			37,8	4,68	8	48

Tabela 3- Qualidades psicométricas do estudo

Itens	Limite	Média	Desvio padrão	Alpha Cronbach
Burnout Pessoal				
Com que frequência se sente cansado/a?	0-100	43,50	19,663	0,888
Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	0-100	33,67	25,155	0,869
Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	0-100	35,16	25,282	0,869
Com que frequência pensa: “Eu não aguento mais isto”?	0-100	21,94	23,060	0,884
Com que frequência se sente fatigado/a?	0-100	36,98	22,647	0,882
Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	0-100	27,58	20,881	0,887
Total do alfa de Cronbach				0,898
Burnout relacionado com o trabalho				
O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	0-100	53,79	29,529	0,880
Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	0-100	35,05	28,564	0,867
O seu trabalho deixa- o(a) frustrado(a)?	0-100	18,69	22,684	0,873
Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	0-100	42,68	23,758	0,871
Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	0-100	18,69	22,963	0,866
Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	0-100	22,96	22,894	0,875
Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	0-100	28,79	25,093	0,896
Total do alfa de Cronbach				0,829
Burnout relacionado com o cliente				
Acha difícil trabalhar com utentes?	0-100	31,31	29,090	0,680
Acha frustrante trabalhar com utentes?	0-100	13,42	18,882	0,688
Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia?	0-100	16,84	19,787	0,719
Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	0-100	34,64	32,721	0,772
Está cansado de trabalhar com utentes?	0-100	11,11	18,288	0,720
Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	0-100	20,66	28,043	0,736
Total do alfa de Cronbach				0,755